



BACHELORARBEIT

Frau
Kristina Bode

Kampagnenanalyse zur Osteoporoseprävention

2016

BACHELORARBEIT

Kampagnenanalyse zur Osteoporoseprävention

Autor/in:

Frau Kristina Bode

Studiengang:

Gesundheitsmanagement

Seminargruppe:

GM13wP4-B

Erstprüfer:

Prof. Dr. Volker J. Kreyher

Zweitprüfer:

Dr. med. Darius Khoschlessan

Einreichung:

Mannheim, 06 Juni 2016

BACHELOR THESIS

Campaign analysis for prevention of Osteoporosis

author:
Ms. Kristina Bode

course of studies:
Health Management

seminar group:
GM13wP4-B

first examiner:
Prof. Dr. Volker J. Kreyher

second examiner:
Dr. med. Darius Khoschlessan

submission:
Mannheim, 6th.June 2016

Bibliografische Angaben

Nachname, Vorname: Bode, Kristina

Thema der Bachelorarbeit: Kampagnenanalyse zur Osteoporoseprävention

Topic of thesis: Campaign analysis for prevention of Osteoporosis

49 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2016

Abstract

Diese Bachelorarbeit beschäftigt sich mit dem Kampagnenmanagement, insbesondere zur Osteoporose anhand des Beispiels „LOVE YOUR BONES: Protect your future“, die im Oktober 2015 zum Weltosteoporosetag, gestartet wurde. Des Weiteren sind Grundlagen zur Osteoporose, zur Prävention und zur Gesundheitsförderung, sowie theoretische Grundlagen zu Kampagnen im Allgemeinen Inhalt dieser Bachelorthesis. Im Anschluss werden die theoretischen Grundlagen mit der betrachteten Kampagne abgeglichen. Besondere Aufmerksamkeit wird dabei auf den Aufbau, die Adressaten die Durchführung und die Zielsetzung gerichtet.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis.....	VII
Abbildungsverzeichnis.....	VIII
1 Problemstellung und Zielsetzung	1
2 Osteoporose	3
2.1 Krankheitsbild	3
2.2 Knochenaufbau.....	4
2.3 Ursachen	5
2.3.1 Primäre Osteoporose	5
2.3.2 Sekundäre Osteoporose	7
2.4 Verbreitung	7
2.5 Diagnose und Behandlung	8
2.5.1 Allgemeine Symptome	8
2.5.2 Prophylaxe und Behandlung	8
3 Prävention und Gesundheitsförderung	10
3.1 Prävention.....	10
3.1.1 Allgemein.....	10
3.1.2 Primärprävention	11
3.1.3 Sekundärprävention	12
3.1.4 Tertiärprävention	12
3.2 Verhaltens-/Verhältnisprävention.....	13
3.3 Gesundheitsförderung	14
3.4 Lebensqualität	15
4 Kampagne.....	18
4.1 Allgemein	18
4.2 Aufbau	18
4.3 Zielsetzung	20
5 Kampagnenanalyse zur Osteoporoseprävention	22
5.1 Die Kampagne	22
5.2 Aufbau	23
5.2.1 Träger	23

5.2.2	Kampagnenmanagement und Crossmedia	24
5.2.3	Aufmerksamkeitsmanagement	24
5.3	Zielsetzung	25
5.4	Interessengruppen	27
5.4.1	Patienten	28
5.4.2	Ärzte/Kliniken	28
5.4.3	Apotheken/Pharmakonzerne	28
5.4.4	Sportvereine	29
5.4.5	Krankenkassen	29
6	Chancen und Akzeptanz	30
6.1	Chancen	30
6.1.1	Steigerung der Aufklärungsrate	30
6.1.2	Nutzen der Kampagne	30
6.2	Akzeptanz in der Bevölkerung	31
6.3	Aktueller Entwicklungsstand	31
6.3.1	Allgemein	31
6.3.2	Publikation in den Medien	31
7	Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen	33
7.1	Erfolgsfaktoren	33
7.2	Handlungsempfehlungen	34
8	Literatur- und Quellenverzeichnis	35
	Anlagen	XI
	Eigenständigkeitserklärung	XII

Abkürzungsverzeichnis

WHO: World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

IOF: International Osteoporosis Foundation

DGOU: Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie

DXA Knochendichtemessung: Dual X ray absorptiometry

CT: Computertomographie

I.E.: Internationale Einheiten

DVO: Dachverband Osteologie e.V

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Knochenstruktur

Abbildung 2: Stufen der Prävention

Abbildung 3: Verhaltens-/Verhältnisprävention

Abbildung 4: Qualitätsbeurteilung

Abbildung 5: Feuerrad

Abbildung 6: LOVE YOUR BONES

Abbildung 7: Risikofaktoren

Abbildung 8: Partner

Abbildung 9: Social Media

Abbildung 10: Storyboard

Abbildung 11: 5 Steps

Abbildung 12: Interessengruppen 1

Abbildung 13: Interessengruppen 2

Abbildung 14: Träger

1 Problemstellung und Zielsetzung

Das Krankheitsbild der Osteoporose ist heute ein weltweites Gesundheitsproblem. Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) nahm die Krankheit Osteoporose in die Liste der 10 wichtigsten Volkskrankheiten auf (vgl. Bartl 2011, V). Mit dieser Einstufung gilt sie neben Krankheiten wie Bluthochdruck und Diabetes mellitus als eine der bedeutendsten Krankheiten weltweit (vgl. Bartl 2004, 2). Von Osteoporotischen Frakturen sind mehr Frauen betroffen als von Herzinfarkt, Schlaganfall und Brustkrebs zusammen (vgl. Bartl 2004, 3). In Deutschland sind derzeit circa 26 Prozent der Bevölkerung im Alter von über 50 Jahren betroffen. Bundesweit leiden etwa 7,8 Millionen Menschen an dieser Erkrankung, wobei 6,5 Millionen Frauen und 1,3 Millionen Männer betroffen sind (vgl. Osteoporose.org). Die Tendenz an Osteoporose zu erkranken wird, bedingt durch den demographischen Wandel, in Zukunft weiter fortschreiten (vgl. Osd-ev).

Die Kosten, die durch die Osteoporose entstehen, werden auf insgesamt 5,4 Milliarden Euro pro Jahr beziffert (vgl. Ärztezeitung). Allein 60 Prozent dieser Summe werden für die Versorgung von Knochenbrüchen aufgewendet. Auf Grund dieser Zahlen gehört die Osteoporose zu den teuren Volkskrankheiten (vgl. Osteoporose).

In Deutschland kommt es jährlich zu bis zu 333.000 Frakturen, die sich auf die Erkrankung Osteoporose zurückführen lassen. Die am häufigsten auftretenden unter ihnen sind Wirbelkörperfrakturen (41.000), Oberschenkelhalsfrakturen (150.000), Oberarmkopf- und Handgelenksfrakturen (42.000) (vgl. Klinikum Uni München).

Bedingt durch Frakturen und die damit verbundene Bettlägerigkeit entstehen häufig Komplikationen wie Lungenembolien und Pneumonien, woran jährlich 50.000 Frauen sterben. Ungefähr 50 Prozent der Patienten mit Femurfrakturen erreichen die vollständige Mobilität nicht mehr und verlieren so ein Stück ihrer Unabhängigkeit. 25 Prozent der Betroffenen werden zum Pflegefall. Durch Begleiterkrankungen wie Schlaganfälle und Herzinsuffizienzen kommt es zu einer Mortalitätsrate von 12 bis 35 Prozent (vgl. Bartl 2004, 2, 3).

Nicht zu vergessen sind weitere Folgen, welche durch die Einschränkung der Lebensqualität entstehen können: Chronische Schmerzen, Deformierungen, Angst, Frustration, Depression, Immobilität und soziale Isolation (vgl. Bartl 2004,3).

Die Erkrankung Osteoporose ist auch heute noch eine unterschätzte, unterdiagnostizierte und untertherapierte Krankheit (vgl. Bartl 2011, V).

Weniger als 30 Prozent der Frauen bekommen eine richtige Diagnose und weniger als 15 Prozent der Betroffenen werden zielgerichtet und adäquat behandelt (vgl. Bartl 2004, Einführung).

All diese Punkte waren der Anlass dafür, diese Erkrankung und ihre Publikation zum Thema dieser Arbeit zu wählen. Ein Großteil der Bevölkerung ist sich des Risikos, an Osteoporose zu erkranken, nicht bewusst, was bei einer stark verbreiteten Volkskrankheit jedoch als notwendig zu erachten wäre. Dies warf die Frage auf, ob es und vor allem welche Präventionskampagnen es zu diesem Thema gibt.

Um an das Thema heranzuführen, werden zunächst theoretische Grundlagen zu den Themen Osteoporose, Prävention, Gesundheitsförderung und Kampagnen erörtert, dann auf eine Kampagne zur Osteoporoseprävention genauer eingegangen und am Ende dieser Arbeit ein Fazit und Handlungsempfehlungen erarbeitet.

2 Osteoporose

2.1 Krankheitsbild

Definitionen für das Krankheitsbild der Osteoporose, im Volksmund „Knochenschwund“ genannt, gibt es in großer Zahl. Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) definierte 1994 den Begriff Osteoporose wie folgt: „Die Osteoporose ist eine Erkrankung, charakterisiert durch eine niedrige Knochenmasse und eine Verschlechterung der Mikroarchitektur des Knochengewebes, die zu einer erhöhten Knochenbrüchigkeit und zu einem konsequenten Ansteigen des Frakturrisikos führt“ (Osteoporose.org). Sie ist eine „Erkrankung des Skelettsystems mit Verlust bzw. Verminderung von Knochensubstanz u. -struktur u. erhöhter Frakturanfälligkeit“ (Pschyrembel, 1228). Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt wird durch die Definition von Welsch deutlich. Ein „Lokaler oder generalisierter Schwund an Knochengewebe wird Osteoporose genannt, die häufigste Form tritt bei Frauen nach der Menopause auf“ (Welsch 2006,132).



Abbildung 1 Knochenstruktur (Osteo-Abbildung)

Die Abbildung veranschaulicht, wie porös (rechts) ein Knochengerüst durch Osteoporose wird im Gegensatz zu einem gesunden Knochen (links).

Um das Krankheitsbild zu verstehen ist es zunächst wichtig das Prinzip des Knochenbaus zu beschreiben.

2.2 Knochenaufbau

Die Knochenmasse des menschlichen Körpers macht ungefähr 10kg des Gesamtgewichtes aus, wobei 8kg kompakte Knochen sind und 2kg Spongiosa (vgl. Bartl 2011, 7).

Der Knochen ist ein lebendiges Gewebe, das gut durchblutet ist und einen Stoffwechsel besitzt. Er unterliegt einem Prozess von fortwährendem Umbau und Veränderungen. Jegliche Art von Bewegung sorgt für eine Belastung der Knochen über Muskeln oder Sehnen (vgl. Bartl 2011, 8). Ist ein Mensch immobil oder bewegt er sich mit zunehmendem Alter weniger, fehlt diese Beanspruchung, und die knochenaufbauenden Zellen, die Osteoblasten, bekommen nicht mehr den Anreiz, den Knochen stabil zu halten (vgl. Bartl 2011, 50).

Der Umbau der Knochen erfolgt durch knochenabbauende, knochenbauende Zellen:

Osteoklasten oder auch knochenabbauende Zellen bauen den alten, schwachen Knochen innerhalb von wenigen Tagen ab. Sie werden durch das Parathormon in der Nebenschilddrüse angeregt und hinterlassen an den Knochen deutliche „Fraßspuren“ („Howship-Lakunen“) oder auch lakunäre Resorptionszonen. Durch den Abbau des Knochens kommt es zu einer vermehrten Kalzium-Freisetzung ins Blut (vgl. Schild/Heller 1992, 8).

Der Gegenspieler der Osteoklasten sind die Osteoblasten, die knochenaufbauenden Zellen. Sie bilden neue Knochensubstanz und ersetzen altes Knochengewebe über einen Zeitraum von mehreren Wochen. Ihre Hauptfunktion ist die Synthese des Kollagens Typ I und die Aufrechterhaltung des Kalziumgleichgewichtes (vgl. Bartl 2004, 13). Sie bauen zunächst eine unverkalkte Knochenmatrix auf, das Osteoid, in welche anschließend durch enzymatische Vorgänge unter der Anwesenheit von Vitamin D mineralische Salze und Kollagenfasern eingelagert werden. Nach der Einlagerung der Osteoblasten in den Knochen ändern diese ihre Funktion und werden nun Osteozyten (Knochenzellen) genannt (vgl. Bartl 2010, 10).

Die Osteozyten sind die bedeutendsten Knochenzellen: sie besitzen zahlreiche Rezeptoren „Andockstellen“ für Hormone besitzen. Die Zellen sind untereinander und mit der Knochenoberfläche durch kleine Kanäle verbunden (zytoplasmatische Ausläufer) und bilden so ein komplexes Zirkulations- und Kommunikationssystem. Über dieses System werden zahlreiche Stoffe (anorganische und organische) im Knocheninneren transportiert. Osteozyten sind mechanosensorische Zellen, die Signale der Knochenbelastung in Knochenumbaumaßnahmen umsetzen. Sie erkennen Frakturen und leiten Reparaturmaßnahmen ein. Osteozyten analysieren das Alter des Knochengewebes und leiten den Umbau ein. Ein Zyklus beträgt ungefähr 120 Tage. Die sogenannte Knochendichte wird bestimmt über die Dichte der Osteozyten bestimmt. Im Alter nehmen deren Dichte und somit auch die Knochendichte sowie die Qualität des Knochens ab (vgl. Bartl 2011, 10 ,11).

Gesteuert werden die Zellen über Eiweißstoffe, Vitamin-D-Abkömmlinge und bestimmte Hormone wie Wachstums- oder Schilddrüsenhormone (vgl. Lüllmann-Rauch 2003, 133).

Ist dieser komplexe Prozess gestört, kann dies eine der Ursachen für die Entstehung von Osteoporose sein.

2.3 Ursachen

„Die häufigsten Ursachen der Osteoporose sind Estrogenmangel bei Frauen nach der Menopause sowie hohes Lebensalter“ (Lüllmann-Rauch 2003, 133). „Die größte Knochenmasse (peak bone mass) liegt zwischen dem 20.-30. Lebensjahr vor“ (Müller 2010/2011, 400). im Laufe des Lebens nimmt die Knochenmasse ab, insbesondere bei Frauen innerhalb von 20 Jahren nach der Menopause um 50 Prozent (vgl. Müller 2010/11, 400).

Osteoporose als Krankheit wird grob in zwei Bereiche eingeteilt: die Primäre Osteoporose und die Sekundäre Osteoporose (vgl. Onmeda)

2.3.1 Primäre Osteoporose

Diese Form der Osteoporose tritt idiopathisch juvenil, postmenopausal (Typ I) oder senil (Typ II) auf (vgl. Pschyrembel 2002, 1228).

Idiopathische juvenile Osteoporose

- „seltene, selbstlimitierende Erkrankung pubertärer Kinder“
- „manifestiert sich zwischen dem 8. und 14. Lebensjahr“
- „Kompressionsfrakturen der Wirbelkörper, schwere Rückenschmerzen (Bartl 2011, 34)“.
- tritt idiopathisch und nicht vererbbar auf
- In der Kindheit bereits behandelter Knochenschwund beeinträchtigt mit zunehmendem Alter die Knochendichte und führt später zu einem erhöhten Frakturrisiko (vgl. Bartl 2004, 154,158).

Postmenopausale Osteoporose (Typ I)

- Häufigste Form der Osteoporose, ungefähr 95 Prozent (vgl. Schild/Heller 1992, 29)
- in den ersten fünf Jahren nach der Menopause entwickelt (vgl. Schild/Heller 1992, 31)
- betrifft Frauen zwischen 51 und 75 Jahren (vgl. Bartl 2011, 35)
- Knochenverlust aufgrund des raschen Abfalls des Hormones Östrogen und der verminderten Bildung von Vitamin D₃ aus dem Nahrungsvitamin D (vgl. Schild/Heller 1992, 31)
- Demineralisierung ca. 3,5% jährlich, „fast-loser“ (vgl. Schild/Heller 1992, 27)
- Phasenhafter Verlust an trabekulärer Knochenmasse (vgl. Schild/Heller 1992, 23)
- Verlust an Knochenmasse vor allem an der Spongiosa, die Kompakta bleibt nahezu unverändert (vgl. Schild/Heller 1992, 23)
- häufige Wirbelkörper- und Radiusfrakturen (vgl. Schild/Heller 1992, 31)
- deutlicher Hinweis ist Zahnausfall (vgl. Schild/Heller 1992, 31)

Senile Osteoporose (Typ II)

- pathologischer Verlust an Knochenmasse zwischen dem 70. und 75. Lebensjahr (vgl. Schild/Heller 1992, 23)
- betrifft Frauen und Männer (vgl. Schild/Heller 1992, 23)
- verursacht durch Kalzium- und Vitamin-D-Mangel, zu wenig Bewegung und verminderte Knochenumbauaktivität
- Zusammensetzung und Mineralgehalt einzelner Knochentrabekel bleibt gleich, nur der Abstand zueinander wird größer (vgl. Bartl 2011, 35-36)
- Röhren und Beckenknochen zusätzlich betroffen, meist Oberschenkelhalsfrakturen, Frakturen der proximalen Tibia, des proximalen Humerus und des Beckens (vgl. Schild/Heller 1992, 32)

- ungefähr 80 Prozent der osteoporosebedingten Frakturen durch Altersosteoporose (vgl. Bartl 2004, 35)

2.3.2 Sekundäre Osteoporose

Sekundäre Osteoporosen gehen mit einer Reduktion der trabekulären Knochenmasse einher, haben aber keine zusätzlichen Mineralisationsstörungen. Bei einer sekundären Osteoporose liegt eine andere Grunderkrankung mit nachweislich negativem Einfluss auf die Osteoporose vor.

Ursachen können unter anderem sein:

- endokrin, metabolisch (Cushing Syndrom, Hyperthyreose, Hypogonadismus, Diabetes Mellitus, Homocystinurie)
- iatrogen, medikamentös (Glucokortikoide, Heparine, Schilddrüsenhormone, Laxanzien, Colestyramin)
- myelogen, onkologisch (Plasmozytom, Mastozytose, diffuse Knochenmarkkarzinose)
- parainfektios, immunogen (rheumatoide Arthritis, Enteritis regionale Crohn)
- Inaktivität und Immobilisation (Bettruhe, Paraplegie, Hemiplegie)
- hereditäre Bindegewebserkrankungen (Marfan-Syndrom, Ehler-Danlos-Syndrom)
- komplexe Osteopathien (renale Osteopathie, intestinale Osteopathie) (Pschyrembel S.1228)

Anhand der Vielzahl an Krankheitsauslösern lässt sich erkennen, wie verbreitet die Krankheit ist.

2.4 Verbreitung

Die Zahlen, die zur Krankheit Osteoporose zu finden sind, schwanken stark.

Bundesweit leiden über 6,3 Millionen Menschen an Osteoporose (vgl. Osteoporose news). Laut dem Bericht des Osteoporosezentrums sind es sogar 8 bis 10 Millionen (vgl. Verbreitung). Der demographische Wandel lässt diese Zahl in den kommenden Jahren weiter steigen (vgl. Demographischer Wandel). Bereits heute ist jeder Fünfte über 50 Jah-

re und jeder Dritte über 74 Jahre von der Krankheit betroffen. Osteoporose ist eine schleichende, nicht schmerzhaftes Krankheit, welche oftmals unerkannt bleibt, bis es zu einem oder mehreren Knochenbrüchen kommt (vgl. Knochenbruch).

2.5 Diagnose und Behandlung

2.5.1 Allgemeine Symptome

Im fortgeschrittenen Stadium sind allgemeine Symptome wie schmerzbedingte Immobilität, Deformierung der Wirbelkörper (Kyphosierung, also der Rundrücken oder auch „Witwenbuckel“), höhere Frakturgefährdung (Oberschenkelhalsbruch) und pathologische Frakturen allgemeine Symptome; ein weiterer Hinweis ist parodontaler Zahnverlust (vgl. Müller 2010/2011, 400).

Diagnose: Mittels DXA Knochendichtemessung (Dual X-ray absorptiometry) oder quantitativem CT, wobei anzumerken ist, dass eine vorsorgliche Knochendichtemessung im Moment noch nicht von den Krankenkassen zur Vorsorge bezahlt wird. Erst nach einem Bruch werden die Kosten übernommen (vgl. Müller 2010/2011, 400).

Bei der DXA Knochendichtemessung wird der Mineralsalzgehalt pro Fläche im Knochen an mindestens zwei Körperstellen mittels Energiestrahlen gemessen. Die Messdauer beträgt 5 – 10 Minuten, ist Preiswert (ca. 30€), hat eine sehr geringe Strahlenbelastung und wird von der WHO empfohlen (vgl. Bartl 2004, 61ff).

2.5.2 Prophylaxe und Behandlung

Zur Vorbeugung ist regelmäßige körperliche Bewegung ebenso wichtig ebenso wie eine ausreichende Zufuhr von Kalzium (1.200mg/Tag) und Vitamin D (800 bis 1.200 I.E./Tag), außerdem die Vermeidung von Untergewicht (vgl. Müller 2010/2011, 400).

Bei einer manifesten Osteoporose werden zusätzlich Bisphosphonate verabreicht. Älteren Patienten, sturzgefährdeten wird geraten, die Balance und Koordination in speziellen Osteoporosesportgruppen zu trainieren (vgl. Müller 2010/2011, 400). Bei Frauen in den Wechseljahren wird durch die Einnahme von Hormonen (Östrogenen) mit Beginn der Wechseljahre die Osteoporoseanfälligkeit vermindert; allerdings ist eine Nebenwirkung dieser Hormone eine Steigerung der Anfälligkeit für Karzinome, sodass es sich nicht empfiehlt diese, vorbeugend gegen Osteoporose einzusetzen (vgl. Müller 2010/2011, 400).

Die DGOU (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie) hat einen Drei-Punkte-Plan zur Vorbeugung gegen Osteoporose vorgelegt, der besagt, dass

- Milch ein verlässlicher Kalziumlieferant in der Ernährung ist,
- mindestens eine halbe Stunde pro Tag am Tageslicht verbracht werden sollte und
- man sich körperlich betätigen sollte, um den Knochenstoffwechsel in Gang zu halten (vgl. Drei-Punkte-Plan).

3 Prävention und Gesundheitsförderung

3.1 Prävention

3.1.1 Allgemein

„Prävention ist im Gesundheitswesen ein Oberbegriff für zielgerichtete Maßnahmen und Aktivitäten, um Krankheiten oder gesundheitliche Schädigungen zu vermeiden, das Risiko der Erkrankung zu verringern oder ihr Auftreten zu verzögern“ (BMG).

„Krankheitsprävention (oft verkürzt auch nur «Prävention») bezeichnet alle Eingriffshandlungen, die dem Vermeiden des Eintretens oder des Ausbreitens einer Krankheit dienen“ (Hurrelmann/Klotz/Haisch 2014, 14).

Krankheiten sind in den meisten Fällen nicht angeboren, sondern entstehen im Laufe des Lebens. Viele dieser erworbenen Krankheiten sind durch Präventionsmaßnahmen günstig zu beeinflussen oder ihnen kann vorgebeugt werden. In welchem Stadium der Prävention angesetzt wird, entscheidet sich nach dem Zustand des Patienten beziehungsweise der Krankheit (vgl. BMG Ziele).

Dies heißt also, dass die Prävention versucht, durch geeignete Maßnahmen Krankheiten zu verhindern oder, wenn dies nicht mehr möglich ist, bestehende Krankheiten zu lindern und deren Verlauf zu beeinflussen. Die Maßnahmen werden nicht kausal publiziert, sondern werden direkt an die Patienten heran getragen werden, um effizienter zu sein (vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2014, 14).

Im Folgenden werden die einzelnen Stufen der Prävention aufgelistet und beschrieben. Schwierigkeiten macht heute allerdings die Einstufung der einzelnen Krankheitsbilder in die unterschiedlichen Präventionsstufen.

	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention
Zeitpunkt der Intervention	Vor Eintreten einer Krankheit	In Frühstadien einer Krankheit	Nach Manifestation/ Akutbehandlung einer Krankheit
Ziel der Intervention	Verringerung der Inzidenz von Krankheiten	Eindämmung der Progredienz oder Chronifizierung einer Krankheit	Verhinderung von Folgeschäden oder Rückfällen
Adressaten der Intervention	Gesunde bzw. Personen ohne Symptomatik	Akutpatienten/ Klienten	Patienten mit chronischer Beeinträchtigung und Rehabilitanden

Abbildung 2: Stufen der Prävention, (Hurrelmann/Klotz/Haisch 2014, 37)

3.1.2 Primärprävention

Die primäre Prävention zielt darauf ab, die Entstehung von Krankheiten durch Eindämmung bzw. Ausschaltung von Krankheitsursachen zu verhindern. Sie setzt bei gesunden Personen ohne Symptomatik an. Maßnahmen sind unter anderem Impfungen, die vor Entstehung der Krankheit eingeleitet werden. Das Ziel der Primärprävention ist somit die Inzidenz bestimmter Krankheiten zu verringern (vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2014, 36,37).

Besonders „Volkskrankheiten“, wie Diabetes mellitus Typ 2 oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen (zum Beispiel Herzinfarkt), können durch eine gesunde Lebensweise – unterstützt von gesundheitsfördernden Lebensbedingungen – vermieden, verzögert oder in ihrem Verlauf günstig beeinflusst werden. Zu positiven Faktoren zählen eine gesunde Ernährung, sportliche Aktivitäten oder ein guter Umgang mit Stresssituationen durch Stressbewältigung (vgl. BMG).

3.1.3 Sekundärprävention

Die Sekundärprävention wird zur Krankheitsfrüherkennung und Krankheitseindämmung genutzt (vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2014, 37).

Durch bestimmte diagnostische Maßnahmen ist es möglich, Patienten, welche noch keine Symptomatik aufzeigen, aber bereits erkrankt sind, mit den richtigen therapeutischen Maßnahmen zu behandeln. Der fortschreitende Krankheitsverlauf wird somit verhindert oder zumindest gelindert. Sekundärpräventive Maßnahmen sind zum Beispiel Massen-Screenings wie bei der Brust,- Darmkrebsvorsorge zur Krankheitsfrüherkennung (vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2014, 37).

Weitere Maßnahmen werden unter anderem schon im Jugendalter durchgeführt. Sekundärpräventiv beraten werden junge Menschen, die Kontakt zu Alkohol und oder Drogen haben, um eine Abhängigkeit zu verhindern (vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2014, 37).

Sekundärpräventive Maßnahmen zielen auf Personen ab, die zwar als Gesunde oder Symptomlose an der Präventionsmaßnahme teilnehmen, aber durch die diagnostische Maßnahme zu Patienten werden (vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2014, 37).

Je früher eine Erkrankung erkannt wird, desto besser lässt sich diese durch präventive Maßnahmen erkennen und ein Fortschreiten verhindern. Eine eindeutige Abgrenzung von primärer und sekundärer Prävention ist in manchen Fällen sehr schwierig. Ein Beispiel: Darmkrebsfrüherkennung und Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung sind Maßnahmen der primären Prävention (Krankheitsvermeidung), falls eine Vorstufe der Krebserkrankung erkannt und beseitigt wurde. Wird hingegen eine bereits eingetretene Krebserkrankung im Frühstadium entdeckt, handelt es sich um eine Maßnahme der sekundären Prävention im Sinne der Krankheitsfrüherkennung (vgl. BMG Prävention).

3.1.4 Tertiärprävention

Eine Tertiärprävention liegt immer dann vor, wenn eine Krankheit oder ein nicht gewollter Zustand bereits manifest geworden ist (vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2014, 37).

Diese Maßnahmen zielen in diesem Fall darauf ab, bereits ausgebrochene Krankheiten und deren Verlauf abzuschwächen, Folgeschäden zu vermeiden sowie vor Rückfällen zu schützen und vor weiteren Manifestationen zu schützen.

Ein Beispiel für eine tertiäre Präventionsmaßnahme ist die rehabilitative Behandlung, die sich nach der Akutbehandlung anschließt bei Krebs, Schlaganfall oder Herzinfarkt (vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2014, 37).

3.2 Verhaltens-/Verhältnisprävention

In der Prävention lassen sich grundsätzlich zwei Ansätze unterscheiden: die Verhaltens- und die Verhältnisprävention.

Die Verhaltensprävention zielt darauf ab, das individuelle Verhalten jedes Einzelnen zu beeinflussen und Risiken, wie Rauchen, Trinken, Bewegungsmangel usw. entgegenzuwirken. Sie versucht den einzelnen Menschen dazu zu bewegen, medizinisch-technologische Interventionen wie Impfungen oder Verfahren zur Früherkennung in Anspruch zu nehmen. Typische Beispiele für eine verhaltenspräventive Maßnahme sind etwa ein Fernsehspot gegen AIDS, der darauf verweist, Kondome zu benutzen, oder ein Vortrag zum Thema Osteoporose, der darauf hinweist, dass körperliche Bewegung sehr wichtig ist (vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2014, 40).

In der Verhältnisprävention hingegen wird darauf abgezielt, ökologische, soziale, ökonomische und kulturelle Umweltbedingungen zu ändern und somit direkt auf die Entstehung und Entwicklung einer Krankheit Einfluss zu nehmen. Sie berücksichtigt also Lebens- und Arbeitsverhältnisse. Ein Beispiel hierfür sind gesetzliche Anordnungen, wie unter anderem das Verbot von Asbest oder auch die ergonomische Einrichtung von Arbeitsplätzen soziale Faktoren, wie Einkommen und Bildung, welche die Gesundheit ebenfalls beeinflussen können (vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2014, 40,41).

Verhaltensprävention	= Einflussnahme auf den individuellen Gesundheitszustand oder auf individuelles Gesundheitsverhalten
Verhältnisprävention	= Einflussnahme auf Gesundheit/Krankheit durch Veränderung der Lebensbedingungen/ Umwelt von Personen

Abbildung 3: Verhaltens-/Verhältnisprävention (Hurrelmann/Klotz/Haisch 2014, 41)

3.3 Gesundheitsförderung

Der Begriff Gesundheit wurde von der WHO wie folgt definiert: „Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung“ (Gesundheitsförderung).

Die systematische Gesundheitsförderung und die damit zusammenhängende Ausgestaltung des betrieblichen Gesundheitsmanagements wurde 1986 durch die Weltgesundheitsorganisation mit dem Beschluss der Ottawa-Charta ins Leben gerufen (vgl. Ottawa).

„Der Ansatz der Gesundheitsförderung lenkt den Blick auf gesundheitsbezogene Perspektiven und Lösungen, die über den kurativen, individualmedizinischen Ansatz hinausgehen“ (Kreyher 2001, 30). Selbsthilfepotenziale der Menschen sowie die sozialen Umstände für die Entstehung eines gesundheits- und krankheitsbezogenen Verhaltens und Methoden und Instrumente, die für gesundheitsorientierte Eingriffe eingesetzt werden können:

- **Enabling:** Unter diesem Begriff wird die Unterstützung in Kompetenz und Eigenverantwortung verstanden.
- **Network Forming:** Dies meint das Ziel einer Bildung von Netzwerken sowie deren Koordination.
- **Advocating:** Darunter wird Öffentlichkeitsarbeit bei gesundheitsbezogenen Themen sowie der Einsatz in der Gesellschaft für die Zielgruppe (vgl. Kreyher 2001, 30).

Das Ziel ist es, über eine Stärkung der Ressourcen die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Der Ansatzpunkt kann hierbei bei Individuen mit ihren jeweiligen Befähigungen liegen oder aber bei den sozialen, ökologischen und ökonomischen Rahmenbedingungen. Besonders wirksam werden die Maßnahmen der Gesundheitsförderung, wenn Verhaltens- und Verhältnisprävention kombiniert werden (vgl. Kreyher 2001, 29,30).

Bedingt durch den demografischen Wandel wird die Einbeziehung der älter werdenden Bevölkerung in das Gesundheitssystem immer wichtiger. Erhaltung von Gesundheit und Selbständigkeit bis ins hohe Alter und die Schaffung von Lebensqualität sind als gesellschaftliche Herausforderung zu sehen (vgl. Kreyher 2007, 144).

3.4 Lebensqualität

Bedingt durch den steigenden Wettbewerb und das zunehmende Kundenbewusstsein gewinnt der Begriff „Qualität“ auch im Gesundheitswesen immer mehr an Bedeutung. Das subjektive Wohlbefinden des Kunden, sowie moderne Wertvorstellungen wie Zufriedenheit, Selbstverwirklichung, Selbständigkeit und Unabhängigkeit bilden das Empfinden der „Lebensqualität“ (vgl. Kreyher 2001, 36).

„Die Qualitätsbeurteilung des Patienten in der Klinik oder Praxis resultiert aus den subjektiven Erwartungen und wahrgenommenen Erfahrungen“ (Kreyher 2001, 36).

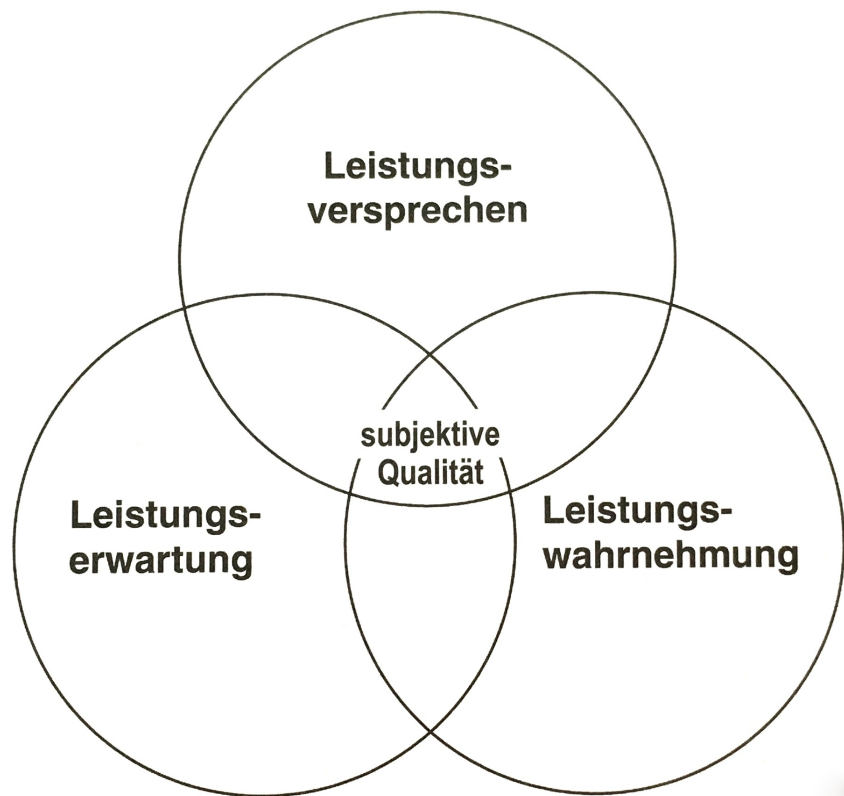


Abbildung 4: Qualitätsbeurteilung (Kreyher 2001, 38)

„Die subjektive Qualität resultiert aus dem besonderen Verhältnis zwischen Leistungsversprechen, Leistungserwartung und Leistungswahrnehmung“ (Kreyher 2001, 37). Das Verhältnis zwischen diesen drei Komponenten hat entscheidende Auswirkungen auf die Qualitätsbeurteilung. Verschiebt sich das Verhältnis zwischen den Komponenten, so verschiebt sich auch die Zufriedenheit des Patienten. „Die Sicherung einer gleichbleibenden Leistungsqualität ist daher sehr wichtig“ (Kreyher 2001, 37).

Die Qualitätsbeurteilung des Patienten resultiert in Klinik und Praxis aus den subjektiven und wahrgenommenen Erfahrungen. Die Potenzialqualität ergibt sich aus den Erwartungen des Patienten an die Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit. Hierbei spielen Empfehlungen, Informationsmedien, Atmosphäre und Qualifikation des behandelnden Personals eine wichtige Rolle. Prozessqualität umfasst die Wahrnehmungen während des Behandlungsprozesses, wie die erlebte Betreuung, Interaktion mit den Mitarbeitern und die Art und Weise der Einbeziehung des Patienten in den laufenden Behandlungsprozess, sowie die damit verbundenen Entscheidungen. Spricht man von Ergebnisqualität, so ist die subjektive Zufriedenheit mit den Ergebnissen der für den Patienten erbrachten Leistung gemeint (vgl. Kreyher 2002, 36,37). Die objektive Qualität, die der Kunde beur-

teilt, beinhaltet die Rahmenbedingungen der Versorgung im sozialen und medizinischen Bereich (vgl. Kreyher 1997, 144,145)

4 Kampagne

4.1 Allgemein

Unter Kampagnen werden hier zielgerichtete, dramaturgisch angelegte, thematisch zielgerichtete, zeitlich begrenzte kommunikative Strategien zur Erzeugung öffentlicher Aufmerksamkeit verstanden, die auf ein Bündel unterschiedlicher kommunikativer Instrumente und Techniken - werbliche Mittel, marketingspezifische Instrumente und klassische PR-Maßnahmen - zurückgreifen (vgl. Röttger 2009, 9).

Der Begriff „Kampagne“ stammt ursprünglich aus dem Französischen und bedeutet „Feldzug“. In beiden Fällen ist das Ziel eine Eroberung, hier die Annexion der öffentlichen Meinung. Im Falle des Feldzuges wird ein Ziel und ein Zweck verfolgt, welches unter möglichst guten Bedingungen erreicht werden soll. Das Pendant im zivilen Bereich ist die strategische Planung und Durchführung einer Kampagne, also eines „Feldzuges, um die öffentliche Meinung“. Der Unterschied hier ist, dass hier auf Bilder, Symbole, Worte, Gesten und Handlungsfiguren gesetzt wird. (vgl. von Bernstorff 2012, 13). Die zentralen Akteure, welche unterschiedliche Interessen bei den jeweiligen Zielgruppen verfolgen, sind unter anderem Politik, Kirche, Wirtschaft, Zivilgesellschaft, Wissenschaft und Medien (vgl. Bonfadelli/Frimel 2010,35).

Eine weitere Definition für „Kampagne“ stammt von Bonfadelli/Frimel und besagt, dass die Prozesse/Maßnahmen zielgerichtet und systematisch aufgebaut sind sowie mit der gewünschten Intensität durchgeführt werden (vgl. Bonfadelli/Frimel 2010,15). Kampagnen sind dramatische Inszenierungen der Wirklichkeit, um öffentliche Aufmerksamkeit zu generieren mit dem Ziel der Verhaltensänderung der Adressaten. Das Minimalziel von Kampagnen aller Art ist stets, Aufmerksamkeit zu erregen sowie Vertrauen und Glaubwürdigkeit zu generieren. (vgl. Röttger 2009, 9) Um eine Kampagne mit Erfolg durchführen zu können ist es wichtig, dass sie einen klaren Adressaten haben, sonst laufen sie ins Leere. (vgl. von Bernstorff 2012, 20).

4.2 Aufbau

Passend zum Thema muss zunächst die Art der Kampagne gewählt werden. Wichtig ist auch, ob bestimmte Interessengruppen oder die Bevölkerung im Allgemeinen angesprochen werden sollen. Nach diesen Punkten richtet sich die Auswahl der einzusetzenden Medien. Bereits vor dem Start einer Kampagne sollte überprüft werden, ob ein Grundinte-

resse für ein Thema vorhanden ist bzw. ob dieses geweckt werden kann. Die Frage ist auch, wie dies geschehen soll und wie die Thematik am besten vermittelt werden kann, beispielsweise welche Bilder, Symbole und Argumente gewählt werden. Menschen werden durch Emotionen dazu bewegt, Dinge zu verändern und nicht, weil sie den Sinn von Veränderungen kognitiv erfassen (vgl. von Bernstorff 2012, 65).

Eine gute Kommunikationskonzeption setzt sich immer aus den vier Schritten Analyse, Strategie, Taktik und Kontrolle zusammen (vgl. Kreyher 2011, 1-9). Das sogenannte Feuerrad nach Kreyher verdeutlicht diese und ihren Zusammenhang. Diese vier Schritte können mehrmals durchlaufen werden, um auf aktuelle Ereignisse während der laufenden Kampagne zu reagieren. (vgl. Kreyher 2014, 26).

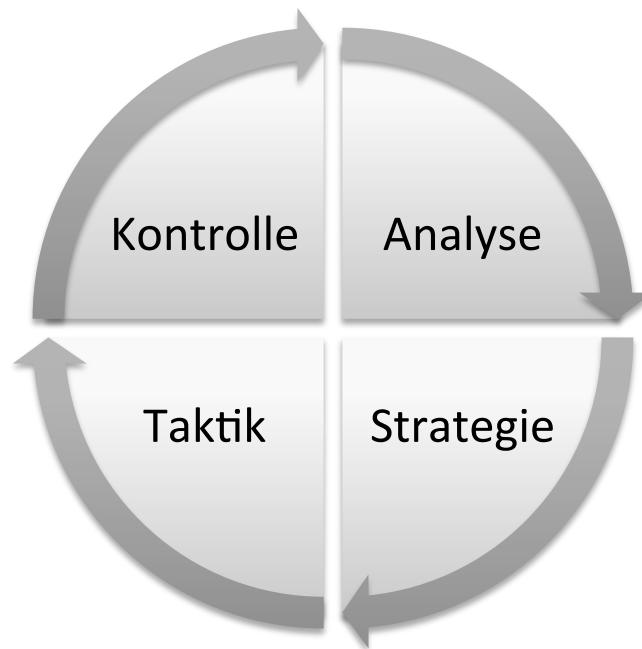


Abbildung 5: Feuerrad (eigene Darstellung nach Kreyher 2014, 26)

Zu Beginn ist eine Analyse der Marketingsituation notwendig, bei der die Ist-Situation des Unternehmens, hier der Aktion, untersucht wird (vgl. Bruhn 2014, 41ff). „Die Strategie steuert die Orientierung auf Ziele und muss daher bei allen taktischen Maßnahmen berücksichtigt werden“ (Kreyher 2001, 15). Wird im heutigen Sprachgebrauch bezüglich des Kampagnenmanagements von „Strategie“ gesprochen, dann sind das Konzept und die Idee hinter der Kampagnenplanung gemeint. Strategien sind immer zielgerichtet und können auch mehrere Kampagnen zur Folge haben, wenn sie langfristig angelegt sind. Taktik ist, im Gegensatz zur Strategie, kurzfristig angelegt. Genau wie eine Strategie ist auch eine Taktik keine direkte Handlung. Taktik bezieht sich lediglich auf Planungen, die im Umkehrschluss zu direkten Handlungen führen können (vgl. Simon 2012, 89f). Die Taktik

umfasst alle operativen Maßnahmen und Aktivitäten, die für die Umsetzung der Strategie wichtig sind. Neben der konkreten Planung und Entwicklung der einzelnen Maßnahmen sind die Terminierung, die Budgetierung und die Ressourcenplanung wichtig (vgl. Kreyher 2011, 6). Nachdem die Durchführung der Kampagne abgeschlossen ist, wird eine Ergebniskontrolle durchgeführt. Unterschiedliche Kennzahlen, wie zum Beispiel das Kosten-Nutzen-Verhältnis, die Medienresonanz und die Neukunden ab Beginn der Kampagne, oder der dadurch erzielte Umsatzplus, können nun ermittelt werden (vgl. Kreyher 2011, 9). Es sollte jedoch nicht nur eine Ergebniskontrolle stattfinden, so Kreyher. Der Autor betont, dass es sehr wichtig ist, schon vor (Konzeptkontrolle) und während (Prozesskontrolle) der Kampagne immer wieder überprüfend einzugreifen, um Unstimmigkeiten in der Strategie und Taktik frühzeitig zu erkennen und zu beheben (vgl. Kreyher 2011, 7-9).

4.3 Zielsetzung

„Am Anfang steht ein Thema, ein Anliegen, ein Missstand und der Wunsch einzugreifen, um etwas zu verändern“ (von Bernstorff 2012, 63). Bei Kampagnen, die veränderungsorientiert sind, muss diejenige Stelle herausgefiltert werden, an der das unerwünschte Verhalten überhaupt verändert werden kann. Für das vorhandene Problem soll eine Lösung gefunden werden, sodass sich die Verhältnisse in der Zukunft ändern (vgl. von Bernstorff 2012, 21). Das vorhandene Situationspotential soll dazu taktisch genutzt werden (vgl. von Bernstorff 2012, 29). Kampagnen finden in einem vorgegebenen Zeitraum und in einer konkreten Abfolge oder Vernetzung statt. Auf diese Weise wird bei einer oder mehreren festgelegten Zielgruppen mit einem klar definierten Aufwand eine bestimmte Wirkung erzielt.

„Niemand ist bei irgendeinem Thema in der Lage, auf Anhieb ein realistisches, erreichbares Kampagnenziel zu formulieren“ (von Bernstorff 2012, 69). Zunächst müssen Relevanz, Zeitrahmen, Interesse und Ressourcen abgeschätzt werden (vgl. von Bernstorff, 69). Das Ziel einer Kampagne muss „SMART“ sein, so Bernstorff. SMART steht hier für specific, measurable, accepted, realistic und timely (vgl. von Bernstorff, 69). Das Minimalziel jeder Kampagne ist es, Aufmerksamkeit zu erzeugen (vgl. Röttger 2009, 9). Von zentraler Bedeutung ist es, Vertrauen zur Glaubwürdigkeit einer Kampagne aufzubauen ist von zentraler Bedeutung.. Alleine mit diesen Grundvoraussetzungen ist es überhaupt möglich, Zustimmung für die Interessen der Kampagneninitiatoren zu erlangen und, falls beabsichtigt, ein Anschlusshandeln zu bewirken (vgl. Röttger 2009, 9).

„Am anspruchsvollsten und frustrierendsten sind Kampagnen, die das Verhalten größerer Mengen von Menschen positiv verändern wollen“ (von Bernstorff, 55). Gerade Präventionskampagnen im Gesundheitsbereich haben einen hohen finanziellen Aufwand und nützen oft nichts, da sie schlecht gemacht sind, so Bernstorff (vgl. von Bernstorff, 55).

5 Kampagnenanalyse zur Osteoporoseprävention

5.1 Die Kampagne

„LOVE YOUR BONES: Protect your future“ (vgl. Kampagne 2)



Abbildung 6 LOVE YOUR BONES (Kampagne1)

Die Kampagne wurde 2015 zum jährlichen Weltosteoporosetag (20. Oktober 2015,) von der IOF (International Osteoporosis Foundation) gestartet. Der Welt-Osteoporose-Tag findet jährlich statt. (vgl. Osteoporose Tag) Die Kampagne ist international ausgerichtet und in mehreren Sprachen abrufbar (vgl. IOF bonehealth).

Die Notwendigkeit, eine Aktion rund um das Thema Osteoporose durchzuführen, ergibt sich aus den eingangs genannten Zahlen der Erkrankten, welche die Verbreitung der Osteoporose deutlich zeigen. Zudem soll die ebenfalls eingangs genannte finanzielle Belastung für das Gesundheitssystem durch diese Aufklärungskampagne verringert werden.

Die Kampagne soll verdeutlichen, wie einfach es ist, sich „knochengesund“ zu ernähren, unterstützende Maßnahmen, wie Bewegung, in den Alltag einzubauen und Risikofaktoren, die die Osteoporose begünstigen, zu vermeiden (vgl. Einflussfaktoren).

5.2 Aufbau

Die gewählte Kampagne „LOVE YOUR BONES: Protect your future“ ist eine verhaltenspräventive Aktion (siehe Kapitel 3.2). Sie soll das gesundheitsbewusste Verhalten der Zielgruppen stärken und verdeutlichen, wie einfach eine knochengesunde Ernährung ist, dass Sport und Bewegung wichtig für die Knochenstabilität sind und Risikofaktoren wie Alkohol oder Zigaretten vermieden werden sollten (vgl. Osteoporosetag).



Abbildung 7 Risikofaktoren (Osteoporosetag)

Die Abbildung verdeutlicht in einer einfachen Darstellung, wie es möglich ist, die Knochen in jedem Alter gesund zu halten. Erst über das Verstehen des übermittelten Wissens können Betroffene die Präventionsmaßnahmen in den Alltag einbauen und anwenden.

Der Aufbau der Kampagne ist gekennzeichnet durch einfache, verständliche Bilder und eine kurze Erklärung zu den jeweiligen Darstellungen. Zur Navigation werden Reiter verwendet, die ein einfaches Zurechtfinden auf der Seite ermöglichen und unnötigem Suchen eines bestimmten Bereiches vorbeugen. Die verschiedene Bereiche der Kampagne heben sich durch eine klare Farbsetzung deutlich voneinander ab (vgl. Aufbau).

5.2.1 Träger

In der Öffentlichkeit tritt die IOF mit offiziellen Partnern der Aktion auf. Diese beteiligen sich mit finanziellen Mitteln an der Kampagne und werden auf der Homepage genannt. All diese Firmen sind Pharmakonzerne und Nahrungsmittelhersteller, da sich deren und die Ziele der Kampagne berühren (vgl. Träger).

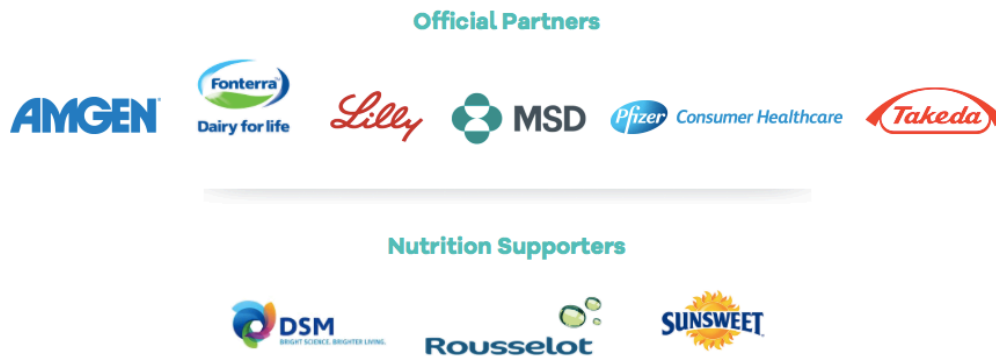


Abbildung 8 Partner (Partner)

5.2.2 Kampagnenmanagement und Crossmedia

Bei der Präventionskampagne „LOVE YOUR BONES: Protect your future“ werden verschiedene Informationskanäle bespielt. Um diese bestmöglich zu vernetzen, sodass sie sich gegenseitig verstärken, beschränkt sich die Kampagne nicht nur auf einen einzigen Medientyp wie zum Beispiel Printmedien, sondern deckt einen breiten Bereich ab. Es werden sowohl Onlinemedien (Web 2.0), Printmedien, Veranstaltungen und Events genutzt. All diese Kanäle werden untereinander crossmedial vernetzt. Ein QR- Code auf einem Plakat verweist zum Beispiel auf die Internetpräsenz (vgl. Verknüpfung).

5.2.3 Aufmerksamkeitsmanagement

Die Kampagne „LOVE YOUR BONES: Protect your future“ hat eine eigene Website (<http://worldosteoporosisday.org/about>) welche für die Kampagne gestaltet wurde. Sie ist klar und übersichtlich aufgebaut und mit Reitern versehen, sodass Besucher der Seite einfach navigieren können. Die Kampagne benutzt zusätzlich Viral Media wie unter anderem YouTube oder Twitter und setzt das Web 2.0 ein. Die Benutzer können Beiträge kommentieren und weiterleiten (vgl. Vernetzung).

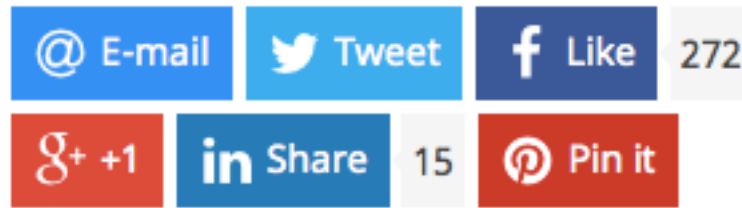


Abbildung 9 Social Media (Medien)

5.3 Zielsetzung

Das Ziel der Aktion ist es, die Bevölkerung darauf aufmerksam zu machen, was jeder Einzelne für sich selbst oder seine Angehörigen unternehmen kann „to save up BONE STRENGTH“ (Serve-bone-strength). Wie in Kapitel 2.5.2 erwähnt, ist eine ausreichende Kalziumzufuhr der einfachste Weg, der Osteoporose prophylaktisch vorzubeugen. „Eine gute Ernährung regt die Gesundheit unserer Knochen an, indem sie unseren Körper mit der nötigen Menge an Vitaminen, Kalzium und hochwertigen Proteinen versorgt“ (vgl. News).

In dem hier erstellten Storyboard ist der Inhalt des Films zur Kampagne zusammengestellt, der sich mit der Wahl der richtigen Lebensmittel beschäftigt, um die Knochen stark zu halten. Mit sehr einfachen Bildern wird verdeutlicht, wie viele Lebensmittel dazu beitragen können, der Osteoporose vorzubeugen (vgl. News-multimedia).

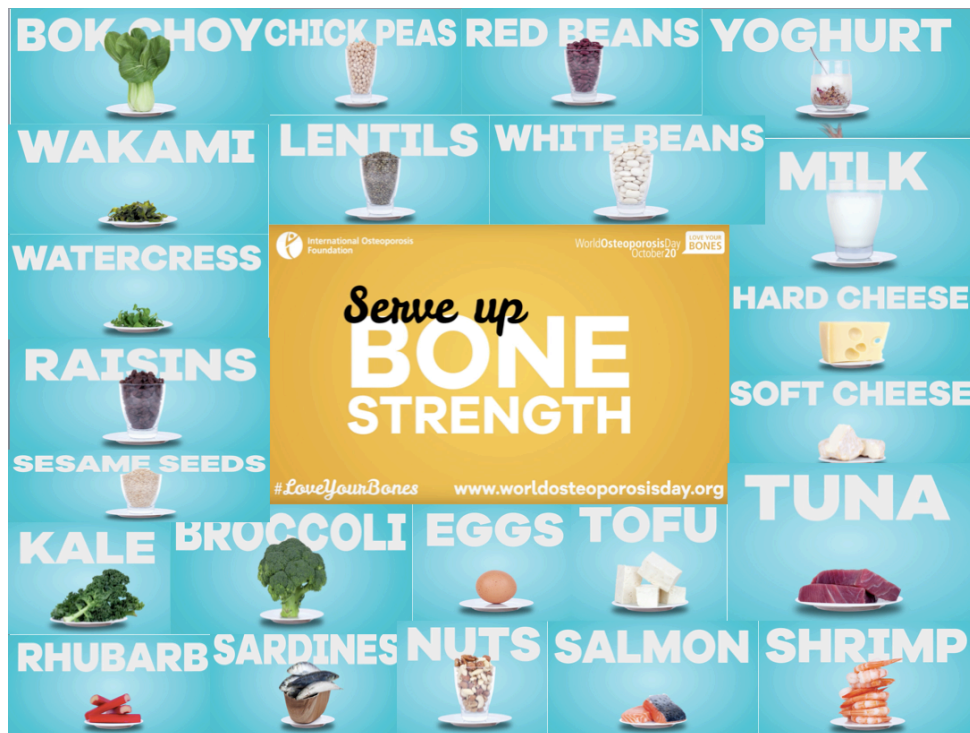


Abbildung 10 Storyboard (eigene Darstellung in Anlehnung an den Film zur Kampagne)

Um das gewünschte präventive Verhalten nochmals zu stärken, wird in einfachen fünf Schritten jede einzelne angestrebte Verhaltensweise genau erklärt. Der klare Aufbau der Kampagne wird hier nochmals deutlich sichtbar (vgl. Steps).

1 REGULAR EXERCISE

2 BONE HEALTHY NUTRIENTS

3 AVOID NEGATIVE LIFESTYLE HABITS

4 IDENTIFY YOUR RISK FACTORS

5 TAKE OSTEOPOROSIS MEDICINE IF PRESCRIBED

Abbildung 11: 5 Steps (Steps)

5.4 Interessengruppen

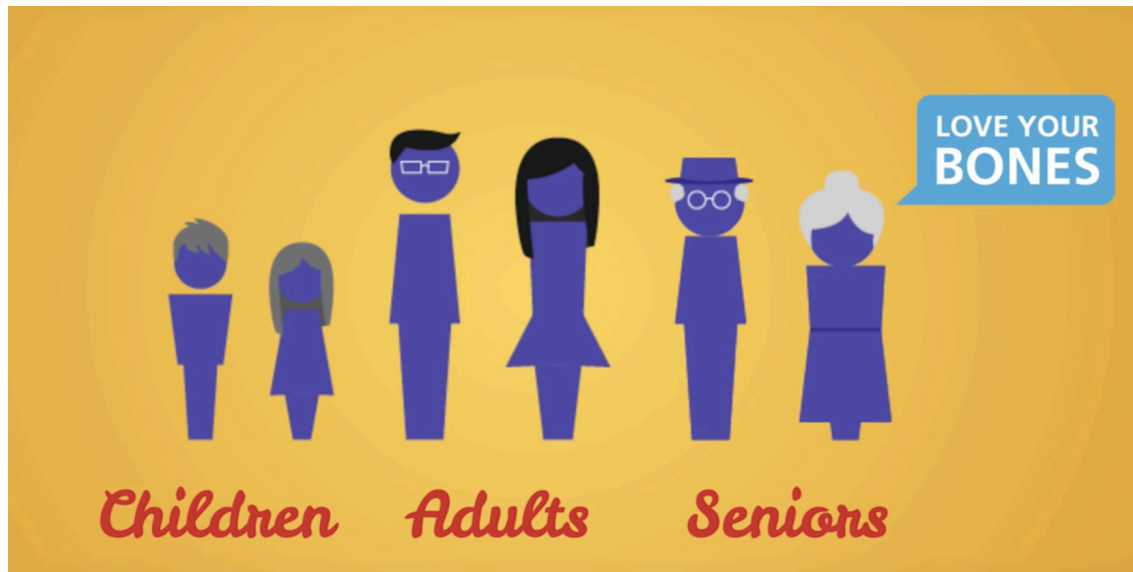


Abbildung 12 Interessengruppen 1 (Inhalt Film zur Kampagne)

Wie in der Abbildung deutlich dargestellt, geht Osteoporose jede Altersgruppe etwas an: Vom Kind bis hin zum alten Menschen ist es stets wichtig darauf zu achten, dass eine ausreichende Kalziumzufuhr sichergestellt ist. Die Kampagne spricht also nicht bestimmte ausgewählte Zielgruppen an, sondern einen sehr großen Kreis an Menschen, was, wie in Kapitel 4.3 erwähnt, sehr schwierig ist.

Durch speziell gestaltete Bereiche für jede Altersgruppe, also die Einteilung der Adressaten in verschiedene Unterzielgruppen und entsprechende Gestaltung der Kampagne soll erreicht werden, dass die Ansprache nicht an die breite - anonyme - Masse der Bevölkerung gerichtet ist, sondern dass die jeweilige Zielgruppe sich speziell wiederfindet und sich dadurch sich besser orientieren kann (vgl. Interessengruppen 2).

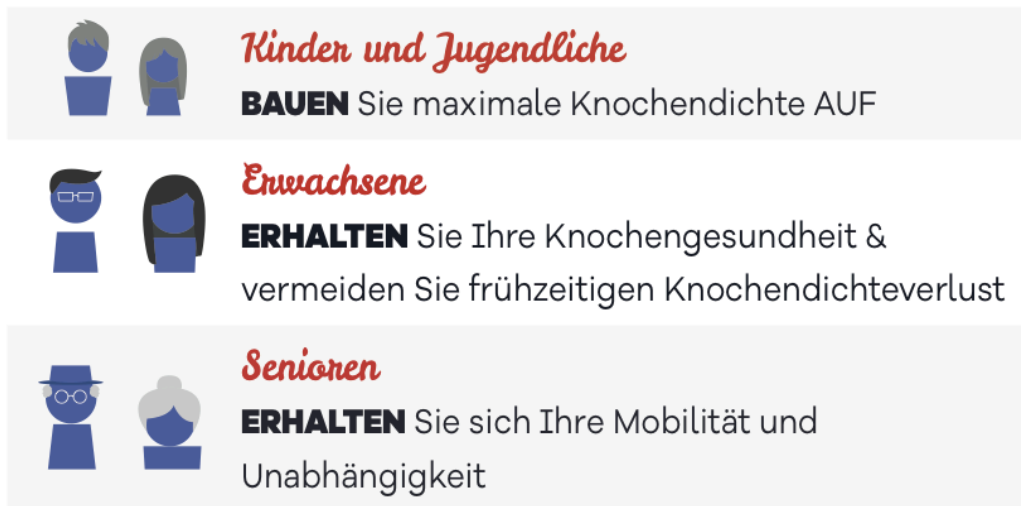


Abbildung 13 Interessengruppen 2 (Interessengruppen)

5.4.1 Patienten

Für Patienten - also Personen, die bereits an Osteoporose erkrankt sind - gilt es, präventiv zu handeln, um ein weiteres Fortschreiten der Krankheit zu verhindern oder einzudämmen (siehe Kapitel 3.1.3 und 3.1.4). Für Patienten ist es wichtig zu sehen, dass die Krankheit publik gemacht wird. In der Kampagne gibt es einen speziellen Bereich, in welchem Patienten ihre Geschichte erzählen, sodass andere deren Krankheitsgeschichten lesen können (vgl. Patientengeschichten).

5.4.2 Ärzte/Kliniken

Krankenhaus- und Rehabilitationsklinik-Aufenthalte verursachen ungefähr 60 Prozent der Kosten die mit Osteoporose im Zusammenhang stehen. Ein hoher Personal- und Materialaufwand ist vonnöten und verursacht immense Kosten. Das Anliegen der Ärzte soll es sein bestmögliche Hilfe zu leisten und die Betroffenen adäquat zu versorgen (vgl. Interessengruppen Ärzte/Kliniken).

5.4.3 Apotheken/Pharmakonzerne

Als Interessengruppe haben Apotheken die Aufgabe über Prophylaxe und die richtige Anwendung der Medikamente aufzuklären, die gegen Osteoporose eingesetzt werden. Die richtige Einnahme der Medikamente ist oftmals nicht gegeben, weshalb diese dann nicht richtig wirken oder es zu immensen Nebenwirkungen kommen kann (vgl. Bartl 2011,

183, 188). Aktionen wie eine Knochendichtemessung werden in einigen Apotheken am Weltosteoporosetag angeboten (vgl. Apo. Knochendichtemessung).

Offizielle Partner der IOF beim Weltosteoporosetag sind große Pharmakonzerne wie Amgen, Pfizer, Takeda und MSD. Wie in der Einleitung erwähnt, werden hohe Geldsummen für die Behandlung der an Osteoporose erkrankten Patienten ausgegeben (vgl. Träger).



Abbildung 14 Träger (Träger)

5.4.4 Sportvereine

Sportvereine bieten spezielle Trainingseinheiten für Senioren an, die darauf abzielen, die Beweglichkeit zu erhalten und somit Knochen und Muskeln zu stärken. Die Rückenschule, ein Element der physiotherapeutischen Behandlung wird von immer mehr Sportvereinen und Fitnessstudios angeboten. Der Rehasport ist aufgrund der eingangs beschriebenen Verbreitung der Osteoporose ein großer, wachsender Markt (vgl. Reha). Spezielle Angebote zur Sturzprophylaxe um Knochenbrüchen vor zu beugen werden in immer mehr Vereinen angeboten. (vgl. Medifit)

5.4.5 Krankenkassen

Krankenkassen, die als Träger der durch Osteoporose entstehenden Kosten einen erheblichen Kostenaufwand haben, sind stark an der Aufklärung ihrer Versicherten interessiert, um so Geldmittel einzusparen. „Die osteoporosebezogenen Versorgungskosten betrugen im Jahr 2009 714 Euro pro betroffenem TK-Versicherten; dies ergibt 4,5 Mrd. Euro für die Osteoporoseversorgung in Deutschland“ (TK).

6 Chancen und Akzeptanz

6.1 Chancen

6.1.1 Steigerung der Aufklärungsrate

Je mehr Menschen sich für die Gesundheit im Alter interessieren und mit der Kampagne erreicht werden, umso besser. Wenn Internetnutzer das Stichwort „Osteoporose“ zur Suche eingeben, können sie unter anderem auf diese Kampagne aufmerksam werden und sich weiter und eingehender über dieses Thema informieren. Die Spanne der angebotenen Information reicht von aufklärenden Maßnahmen für ein vorbeugendes Verhalten bis hin zu Krankheitsgeschichten von Betroffenen (vgl. Get involved).

Örtliche Events, etwa unter anderem von Sportvereinen und Selbsthilfegruppen, können auf der Internetseite der Kampagne angegeben und publiziert werden, sodass Mitglieder der jeweiligen Gruppe auf diese Seite gelangen, ein Problembewusstsein entwickeln und sich informieren können (vgl. Events).

Ärzte sollten darauf achten, Patienten gezielt auf die Krankheit hinzuweisen. Spezielle Fortbildungen für Mediziner, welche auf das Erkennen der Symptome abzielen, sollten angeboten werden. Die Schnittstellen in der Versorgung zwischen den einzelnen Ärzten muss weiter verbessert werden um Patienten besser zu behandeln und somit eine höhere Lebensqualität zu schaffen (vgl. Schulung)

6.1.2 Nutzen der Kampagne

Die Wirtschaftlichkeit der Kampagne darf nicht nur aus rein finanzieller Sicht gesehen werden, sondern muss auch die ethische Betrachtung mit einbeziehen. Bei rein finanzieller Betrachtung müsste man die Kosten der Kampagne gegen die durch die Kampagne vermiedenen Krankheits- und Folgekosten aufrechnen. Es ist allerdings schwierig, die Anzahl der vermiedenen Fälle zu schätzen. Ethisch gesehen ist jeder Aufwand, der zur Heilung oder Linderung der Krankheit und damit zur Verbesserung der Lebensqualität führt, gerechtfertigt.

6.2 Akzeptanz in der Bevölkerung

Osteoporose verursacht keine Schmerzen und bleibt daher oft unerkannt, selbst nach einem Knochenbruch (vgl. Akzeptanz).

Die Publikation und Verbreitung der Kampagne in den sozialen Netzwerken gibt einen Anhaltspunkt für die Akzeptanz in der Bevölkerung. Betrachtet man die 5536 Likes der Facebook-Seite World Osteoporosis Day oder Reaktionen auf den Hashtag #LoveYourBones bei Instagram, um nur zwei Beispiele zu nennen, so fällt auf, dass hier kaum oder nur sehr wenige Reaktionen erfolgen (vgl. Soziale Netzwerke).

6.3 Aktueller Entwicklungsstand

6.3.1 Allgemein

Osteoporose ist noch immer eine Krankheit, die in der allgemeinen Wahrnehmung nicht als sonderlich bedrohlich gilt. Vor allem Männer glauben, dass Osteoporose eine seltene Erkrankung sei (vgl. Unterschätzte Krankheit).

Eine Studie der Techniker Krankenkasse und des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung zu Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen weist auf gravierende Mängel bei der medizinischen Versorgung der Osteoporose-Patienten hin. Die Studie ergab, dass 60 Prozent der an Osteoporose Erkrankten trotz eines Bruches, noch immer nicht die benötigten Medikamente zum Aufbau der Knochen verschrieben bekommen. Selbst nach einem Bruch bekommen 42 Prozent der Versicherten der Techniker Krankenkasse nicht die notwendigen Medikamente (vgl. Versorgung).

6.3.2 Publikation in den Medien

Trotz ihrer weiten Verbreitung wird die Erkrankung in der Öffentlichkeit im Allgemeinen wenig thematisiert und ist daher selten präsent. „Es ist nicht sexy, über alte Knochen zu sprechen“ so Andreas Kurth, Vorsitzender des Dachverbands Osteologie DVO. (Alte Knochen)

Die Verbreitung der Kampagne über die Medien verläuft nur zögerlich, da sie schwer auffindbar ist. Durch das relativ geringe Interesse der Allgemeinheit am Begriff „Osteoporose“ wird die Kampagne fast nur von Betroffenen gefunden, indem sie aktiv nach den Begriffen „Osteoporose Kampagne“ suchen. Nur durch die Veröffentlichung von Artikeln in Fach-

zeitschriften, Apothekenheften und Flyern und das Anbringen von Plakaten werden auch dem Anschein nach gesunde Menschen auf dieses Thema aufmerksam gemacht und können sich weiter zu dieser Thematik informieren.

Deutsche Osteoporosegesellschaften, wie der Dachverband Osteologie e.V. (DVO) und der Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V., weisen auf ihren Homepages auf die internationale Kampagne hin. (<http://www.osteoporose.org>, www.dv-osteopolgie.org)

7 Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen

An dieser Stelle wird eine Evaluation der Kampagne vorgenommen und erörtert, ob sie dazu beiträgt, die Menschen auf das Krankheitsbild Osteoporose aufmerksam zu machen und somit präventiv in das Verhalten der Betroffenen eingreift und sie zum gesundheitsbewussten Verhalten anregt. Da die Kampagne bis zum nächsten Weltosteoporosetag im Oktober 2016 weiter geschaltet wird, ist ein Fazit als vorläufig zu verstehen. Verbesserungspotential besteht bei der Nutzung der Social Media Plattformen, wie Facebook, Twitter und Instagram.. Eine bessere Zielgruppenansprache, vor allem der jungen Bevölkerung und der Best Ager, ist zwingend erforderlich, um eine höhere Aufklärungsrate zu erzielen und die Menschen auf Osteoporose aufmerksam zu machen..

7.1 Erfolgsfaktoren

Die vorgestellte Kampagne zeigt, wie wichtig die Bereitstellung von Informationen und Prävention zu der Knochenkrankheit Osteoporose sind. Für weitere Kampagnen sind die Zusammenarbeit mit starken Partnern, wie Pfitzer und MSD und Generierung von Bewusstsein in der Bevölkerung für diese Krankheit wichtig. Bedingt durch den demographischen Wandel, wird es bereits im Jahre 2050 einen Zuwachs von 2,1 Millionen Osteoporose-Patienten in Deutschland geben. Diese Steigerung wird den Versorgungsmarkt rund um die Betroffenen voraussichtlich positiv beeinflussen (vgl. Statista).

Bei der analytischen Betrachtung des Aufbaus der Kommunikationskampagne „LOVE YOUR BONES: Protect your future“ hat sich gezeigt, dass die wesentlichen Punkte einer solchen Kampagne detailliert verfolgt werden. Es wird dabei insbesondere auf einen klar strukturierten, einfachen und einprägsamen Aufbau Wert gelegt, um dadurch eine komfortable Navigation auf der entsprechenden Internetseite zu ermöglichen und dadurch Aufklärungsarbeit zu leisten.

Die IOF als Organisation hat bereits viele Kampagnen geplant und durchgeführt und kann somit auf einen großen Erfahrungswert zurückgreifen. Mit jeder neuen Kampagne kann so aus Fehlern gelernt und diese vermieden werden. Vergangene Kampagnen der IOF sind zum Beispiel „Real Men Build Their Strength from Within“, „Strong Women Make Stronger Women“ und Stop at One: Make Your First Break Your Last“ (Vergangene Kampagnen).

Mit dieser Kampagne trägt die IOF dazu bei, das Bewusstsein für die Erkrankung bei der Bevölkerung zu wecken, erreicht die Menschen jedoch nur oberflächlich.

7.2 Handlungsempfehlungen

Bei der genaueren Betrachtung der aktuellen Kampagne ist festzustellen, dass sie gut strukturiert und ansprechend aufgebaut ist. Allerdings werden die Folgen der Erkrankung in dem Video und auf der Homepage nicht deutlich dargestellt. Lediglich innerhalb der Patientenberichte, die die Interessenten durch aktives Suchen finden werden die Folgen zur Sprache gebracht.

Ein weiteres Manko ist, dass die Kampagne nur durch einfaches Suchen im Internet, gefunden werden kann. Sucht der interessierte nicht gezielt nach der Kampagne „LOVE YOUR BONES: Protect your future“ sondern dem Welosteoporosetag, ist es schwer für ihn, die Kampagne direkt zu finden,. Wird auf der Videoplattform YouTube „Weltosteoporosetag“ gesucht, taucht der Film zur Kampagne auf den ersten beiden Ergebnisseiten nicht auf. Facebook als große Social-Media-Plattform findet bei der Eingabe „Weltosteoporosetag“ und „international osteoporosis day“ keine Treffer. Die Seite der IOF gefällt 6602 Personen (Likes), was bei der weiten Verbreitung der Krankheit als wenig einzustufen ist. Die Plattform Instagram findet unter dem auf der Homepage angegebenen Hash-tag (#LoveYourBones) kaum Treffer, die tatsächlich zum Thema Osteoporose gehören.

All dies zeigt auf, dass- bei der effizienten Nutzung des Internet weiterer Handlungsbedarf besteht, um die Zielgruppen Best Ager sowie die junge Bevölkerung zu erreichen. Hierbei ist es vonnöten, die Kampagne und die Osteoporose besser zu kommunizieren, um Bewusstsein für die Krankheit zu schaffen.

Eine bundesweite Kampagne zum Thema Osteoporose ist derzeit nicht vorhanden. Eine Kommunikation der Thematik in Apothekenhefte und Flyern bei Ärzten reicht bei der eingangs genannten Verbreitung des Krankheitsbildes und der wachsenden Zahl an Patienten nicht aus.

Bekannt ist, dass Prävention die Entstehung chronischer Erkrankungen vermeiden und ihren Schweregrad senken und den Verlauf verbessern kann. Die geringe Inanspruchnahme präventiver Leistungen zeigt deutlich, wie wenig der Präventionsgedanke in der Bevölkerung verankert ist.

Wie oben beschrieben, besteht dringender Handlungsbedarf, um die Verbreitung des Krankheitsbildes Osteoporose einzudämmen und somit Lebensqualität im Alter zu erhalten und unnötig hohe Kosten im Gesundheitssystem zu vermeiden.

8 Literatur- und Quellenverzeichnis

Akzeptanz: www.osd-ev.org/osteoporose/osteoporose-was-sie-wissen-sollten.php
(18.05.2016).

Alte Knochen:

www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/skelett_und_weichteilkrankheiten/osteoporose/article/896837/osteoporose-tag-schmerzen-ganze-leben-veraendern.html (18.05.2016).

Apo. Knochendichtemessung: www.wacholder-apotheke.de/themen/knochendichtemessung.htm (18.05.2016).

Ärztezeitung:

www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/skelett_und_weichteilkrankheiten/osteoporose/article/571447/pro-jahr-300-000-frakturen-durch-osteoporose.html (18.05.2016).

Aufbau: <http://worldosteoporosisday.org/about> (18.05.2016). Bartl, Reiner/Bartl, Christoph (2004): Osteoporose Manual. Diagnostik, Prävention und Therapie. Heidelberg.

Bartl, Reiner (2011): Osteoporose. Prävention Diagnostik Therapie. 4.Auflage. Stuttgart.

Von Bernstorff, Andreas Graf (2012): Einführung in das Campaining. Heidelberg.

BMG: www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/glossar-p-q/praevention.html (18.05.2016).

BMG Prävention: www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/p-q/praevention.html (18.05.2016).

BMG Ziele: www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/glossar-p-q/praevention.html (18.05.2016).

Bonfadelli, Heinz/Friemel, Heinz (2010): Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen. 2.Aufl. Konstanz.

Bruhn, Manfred(Hrsg.)/Martin, Siglinde/Schnebelen, Stefanie (2014): Integrierte Kommunikation in der Praxis. Entwicklungsstand in deutschsprachigen Unternehmen. Wiesbaden.

Demografischer Wandel: www.ortho-unfall.de/spektrum/konservative-therapie/knochendichtemessung-bei-osteoporose (18.05.2016).

Drei-Punkte-Plan: www.aerzteblatt.de/nachrichten/60533/Drei-Punkte-Plan-gegen-Osteoporose (18.05.2016).

Einflussfaktoren: www.worldosteoporosisday.org/2016-intro/index.html (18.05.2016).

Events: www.worldosteoporosisday.org/events (18.05.2016).

Gesundheitsförderung: www.bmg.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung (18.05.2016).

Get involved: worldosteoporosisday.org/get-involved (18.05.2016)

Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/ Haisch, Jochen (Hrsg.) (2014): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4. Aufl. Bern.

Inhalt Film zur Kampagne: www.iofbonehealth.org/news-multimedia/video/serve-bone-strength (18.05.2016).

Interessengruppen: www.worldosteoporosisday.org/prevention/nutrition (18.05.2016).

Interessengruppen Ärzte/Kliniken: www.aerzteblatt.de/nachrichten/62470 (18.05.2016).

IOF bonehealth: www.iofbonehealth.org (18.05.2016).

Kampagne 1: LOVE YOUR BONES: www.worldosteoporosisday.org/2016-intro/index.html (18.05.2016).

Kampagne 2: www.worldosteoporosisday.org/about (18.05.2016).

Klinikum Uni München:

www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinik-fuer-Allgemeine-Unfall-Hand-und-Plastische-Chirurgie/download/inhalt/forschung/experimed/Frakturen-bei-Osteoporose.pdf (18.05.2016).

Knochenbruch: www.osteoporose.org/news.php?id=92 (18.05.2016).

Kreyher, Volker J. (1997): Gesundheitsförderung und Gesundheitskommunikation für ältere Menschen. In: Reinke, Wolfgang: Gesamtkommunikation. Konzeption und Fallbeispiele. Heidelberg. 143-164.

Kreyher, Volker J. (2001): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing: Chancen Strategien und Erfolgsfaktoren. Heidelberg.

Kreyher, Volker J. (2011): Kommunikationskonzeption. Skriptum EC Europa Campus Mannheim.

Kreyher, Volker J. (2014): Kommunikationspolitik/Cross Media. Skriptum EC Europa Campus Mannheim.

Medifit: www.medifit-studio.de/angebot/fit-aktiv-50.html (01.06.2016).

Lüllmann-Rauch, Renate (2003): Histologie. Verstehen-Lernen-Nachfragen. Stuttgart.

Müller, Markus (2010/2011): Chirurgie für Studium und Praxis, 10. Auflage, Breisach.

Medien Kampagne: www.worldosteoporosisday.org/about (18.05.2016).

News: www.orthopress.de/news/welt-osteoporose-tag_2015_am_20_oktober (18.05.2016).

News-multimedia: www.iofbonehealth.org/news-multimedia/video/serve-bone-strength (18.05.2016).

Onmeda: www.onmeda.de/krankheiten/osteoporose-definition-1490-2.html (18.05.2016).

Osteo Abbildung: www.osteoporosezentrum.de/definition-der-osteoporose-systemische-skelettkrankheit-knochenstruktur-knochenmasseverlust-knochendichte.html (18.05.2016).

Osd-ev: www.osd-ev.org/osteoporose/einfuehrung/verbreitung/index.php (18.05.2016).

Osteoporose news: www.osteoporose.org/news.php?id=92 (18.05.2016).

Osteoporose.org: www.osteoporose.org/osteoporose.php (18.05.2016).

Osteoporosetag: www.orthopress.de/news/welt-osteoporose-tag_2015_am_20_oktober (18.05.2016).

Ottawa: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (18.05.2016).

Partner: www.worldosteoporosisday.org/official-partners (18.05.2016).

Patientengeschichten: www.worldosteoporosisday.org/patient-stories (18.05.2016).

Prävention: www.worldosteoporosisday.org/prevencion (19.05.2016).

Pschyrembel, Willibald/Wörterbuch-Redaktion des Verlages(2002) – Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, Berlin.

Reha: www.pfitzenmeier.de/reha-sport.html, <http://www.ssc-karlsruhe.de/cms/iwebs/default.aspx?mmid=4269&smid=15653> (18.05.2016).

Röttger, Ulrike (2009): Campaigns (f)or a better world? In: Röttger, Ulrike (Hrsg.): PR-Kampagnen. Über die Inszenierung von Öffentlichkeit. 4. Auflage. Wiesbaden. 9-23.

Schild, H.H./Heller, M. (1992):Osteoporose. Stuttgart.

Schulung: www.osteoporose.org/news.php?id=79 (18.05.2016).

Serve-bone-strength: www.iofbonehealth.org/news-multimedia/video/serve-bone-strength (18.05.2016).

Simon, Fritz B. (2012): Theorie. Subversive Strategien und Kampagnen. In: von Bernstorff, Andreas (Hrsg.): Einführung in das Campaigning. Heidelberg, 81-99.

Soziale Netzwerke: www.facebook.com/worldosteoporosisday/?fref=ts (19.05.2016).

Statista: www.de.statista.com/statistik/daten/studie/248095/umfrage/patientenzuwachsausgewaehlter-krankheiten-in-deutschland/ (18.05.2016).

Steps: worldosteoporosisday.org/prevention/5-steps (18.05.2016).

TK: www.schattauer.de/de/magazine/uebersicht/zeitschriften-a-z/osteologie/inhalt/archiv/issue/1815/manuscript/20596/show.html (18.05.2016).

Träger: www.worldosteoporosisday.org/official-partners (18.05.2016).

Unterschätzte Krankheit: www.osd-ev.org/osteoporose/osteoporose-was-sie-wissen-sollten.php (18.05.2016).

Verbreitung: www.osteoporosezentrum.de/osteoporosearzt-bei-wirbelbruch-wirbelbrueche-spezialist-bei-oberschenkelhalsbruch-osteoporoseberatung-muenchen.html (18.05.2016).

Vergangene Kampagnen: www.worldosteoporosisday.org/about (18.05.2016).

Verknüpfung: www.worldosteoporosisday.org/resources/2016/posters (18.05.2016).




Vernetzung: www.worldosteoporosisday.org/about (18.05.2016).


Versorgung: www.osd-ev.org/aktuell/zu-wenig-medikamente-fuer-osteoporose-patienten.php (18.05.2016).


Welsch, Ulrich (2006): Lehrbuch Histologie. 2.Aufl. München.

Anlagen

Auf der Suche nach Kampagnen zur Osteoporoseprävention in Deutschland wurde mit verschiedenen Gesellschaften Kontakt aufgenommen:

Re: WG: Osteoporosekampagne   Vollansicht schließen 

Von: Dr. Sonja Endres 

12.04.2016 um 13:10 Uhr 

Liebe Frau Bode,

eine große, internationale PR-Kampagne zur Prävention von Osteoporose führt jedes Jahr die International Osteoporosis Foundation (IOF) anlässlich des Weltosteoporosetages (20. Oktober) durch. Die diesjährige Kampagne thematisiert insbesondere die richtige Ernährung bei Osteoporose. Weitere Infos finden Sie unter: <http://worldosteoporosisday.org> und auf den Seiten der IOF: www.iofbonehealth.org.

Ich hoffe, ich konnte Ihnen damit weiterhelfen. Für Fragen stehe ich natürlich jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Sonja Endres




Am 07.04.2016 um 07:50 schrieb Jenny Aggen:


Hallo Frau Endres,


können Sie Frau Bode weiterhelfen?

Liebe Grüße

Jenny Aggen
Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V.
Kirchfeldstraße 149, 40215 Düsseldorf
Tel.: 0211/301314-15, Fax: 0211/301314-10
www.Osteoporose-Deutschland.de
Jenny.Aggen@Osteoporose-Deutschland.de

AW: Kampagnen   Vollansicht schließen 

Von: DACHVERBAND OSTELOGIE (DVO) 

07.04.2016 um 10:02 Uhr 

Sehr geehrte Frau Bode,

herzlichen Dank für Ihre Kontaktaufnahme.

Aktuell ist die OSTEOLIGA dabei, eine Präventions- und Imagekampagne gegen Osteoporose zu gestalten:
www.osteoliga.de

Zudem würde ich beim Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose (BfO) nach einer solchen Aktivität anfragen:
www.osteoporose-deutschland.de

und beim Netzwerk Osteoporose:
<http://www.netzwerk-osteoporose.de/>

Als letzter großer aktiver Player in diesem Bereich ist auch noch das Kuratorium Knochengesundheit zu nennen: www.osteoporose.org

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg für Ihre Arbeit
und senden freundliche Grüße
B. Kastner

i.A. Dr. Barbara Kastner

Dachverband Osteologie (DVO) e.V.
Büro des Vorstandes
Hellweg 92, 45276 Essen

Tel.: +49 (0)201/ 3845- 617
Fax: +49 (0)201/ 805- 7717

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname